



Original Article

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Disease Perception, Body Image, and Fear of Cancer Recurrence in Women with Breast Cancer

Sanaz Darouei¹, PhD Candidate;  Javid Peymani^{2*}, PhD;  Parisa Peyvandi², PhD;  Sheyda Sodagar², PhD 

¹PhD Candidate in the Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

²Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Article Information

Article History:

Received: Dec. 16, 2023

Accepted: Feb. 09, 2024

*Corresponding Author:

Javid Peymani, PhD;

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Email: Dr.peymani@yahoo.com

Abstract

Introduction: Cancer and the fear of its recurrence significantly impact individual performance and quality of life. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapy on fear of recurrence, body image, and disease perception in women with breast cancer.

Methods: This quasi-experimental study examined the effect of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapy using a pre-test and post-test design with three groups of 15 participants each. The study included women with breast cancer referred to Karaj psychiatric treatment centers in Karaj during the first 6 months of 2022. The data were collected using the Bradbett Disease Perception questionnaire, the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), and the Fear of Cancer Recurrence Scale. Data analysis was performed using SPSS software version 22.

Results: The results indicated that the mean scores for fear of recurrence, body image, and disease perception were higher in the pre-test than in the post-test stages across the cognitive-behavioral therapy group, the mindfulness-based therapy group, and the control group. The mean difference between the cognitive-behavioral therapy group and the control group was 39.31 for fear of recurrence and 56.06 for body image, showing a significant difference ($P=0.01$). Mindfulness-based cognitive therapy led to reduced dissatisfaction decreased body-related concerns, and lower fear of negative evaluation in the experimental group than in the control group.

Conclusion: Mindfulness-based cognitive therapy could modify body image and reduce the fear of negative evaluation, thereby improving the quality of life for women with breast cancer.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Body Image; Breast Neoplasms; Fear; Neoplasm Recurrence, Local

Please cite this article as:

Darouei S, Peymani J, Peyvandi P, Sodagar S. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Disease Perception, Body Image, and Fear of Cancer Recurrence in Women with Breast Cancer. *Sadra Med. Sci. J.* 2025; 13(1): 90-101. doi: 10.30476/smsj.2025.101094.1471.



مجله علوم پزشکی صدر

<https://smsj.sums.ac.ir/>



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک بیماری، تصویر بدن و ترس از عود سرطان در زنان مبتلا به سرطان سینه

ساناز دارویی^۱، جاوید پیمانی^{۲*}، پریسا پیوندی^۲، شیدا سوداگر^۲

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۰

نویسنده مسئول:

جاوید پیمانی،

استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی،

کرج، ایران

پست الکترونیکی: Drpeymani@yahoo.com

مقدمه: ابتلا به سرطان و ترس از عود آن تأثیر بسزایی بر عملکرد فردی و کیفیت زندگی افراد مبتلا دارد. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از عود، تصویر بدن و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت نیمه تجربی روی تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت پیش و پس از آزمون در سه گروه ۱۵ نفری زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی روان پزشکی کرج در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۱ انجام شد. داده ها به وسیله پرسشنامه ادراک بیماری برادبت، روابط چندبعدی خود بدن (MBSRQ) و ترس از عود سرطان گردآوری و با نرم افزار SPSS 22 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین ترس از عود، تصویر بدن و ادراک بیماری در زنان بیمار گروه های درمان شناختی رفتاری، گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل در مراحل پیش آزمون، بالاتر از مراحل پس آزمون بود. اختلاف میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل در ترس از عود برابر ۳۹/۳۱ و اختلاف میانگین شناختی رفتاری و کنترل در تصویر بدن برابر ۵۶/۰۶ بود که اختلاف معنی داری است ($P=0/01$) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش نارضایتی، کاهش نگرانی از بدن و همچنین کاهش ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود.

نتیجه گیری: با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می توان تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی را تغییر داد و کیفیت زندگی را ارتقا بخشید.

کلمات کلیدی: درمان شناختی رفتاری؛ تصویر بدن؛ نئوپلاسم های پستان؛ ترس؛ عود موضعی نئوپلاسم

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

دارویی س، پیمانی ج، پیوندی پ، سوداگر ش. اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک بیماری، تصویر بدن و ترس از عود سرطان در زنان مبتلا به سرطان سینه. مجله علوم پزشکی صدر. دوره ۱۳، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۹۰-۱۰۱.

درمان به مسائل معنوی و مذهبی او نیز پیردازد (۳). درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن‌آگاهی کابات - زین^۱ اقتباس و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است؛ این نوع درمان شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به‌نوعی توجه به پیرامون و موقعیت‌های بدنی را در لحظه حال میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد (۴). ذهن‌آگاهی به شیوه‌های متفاوت تعریف می‌شود، اما همه آن‌ها اساساً بر توجه انعطاف‌پذیر، گشودگی و کنجکاوی تأکید دارند. تعریف مذکور از ذهن‌آگاهی سه نکته مهم را بیان می‌کند: نخست، ذهن‌آگاهی فرایند آگاهی به فکر کردن است؛ دوم، ذهن‌آگاهی نگرش گشودگی و کنجکاوی را شامل می‌شود؛ و سوم: ذهن‌آگاهی انعطاف‌پذیری ذهن را دربر دارد (۵). تامپسون^۲ (۲۰۱۰) مزایای ذهن‌آگاهی را به سه حوزه بهزیستی، روانی و درمانی تقسیم‌بندی می‌کند. بهزیستی شامل داشتن انرژی با لذت بیشتر است، درحالی‌که مزایای روانی شامل افزایش ثبات و فهم فرد از ذهن است (۶). مزیت ذهن‌آگاهی به‌طور فزاینده به‌عنوان پدیده‌ای با اهمیت کارکردی برای نتایج گوناگونی چون سلامت جسمی، بهزیستی روان‌شناختی، کار و عملکرد ورزشی و روابط شناخته شده است (۷). درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBI) عمدتاً به‌عنوان یک روش مداخله‌ای ایمن و مؤثر در مدیریت استرس، اضطراب، افسردگی و بهبود سلامت روان شناخته می‌شود. با این حال، برخی از مطالعات به چالش‌ها و عوارض احتمالی این روش اشاره کرده‌اند. از جمله این موارد می‌توان به افزایش آگاهی از افکار و احساسات منفی، تشدید علائم اضطراب یا افسردگی در برخی بیماران، و ایجاد احساس گسست یا بیگانگی از خود در برخی افراد اشاره کرد. همچنین، برخی افراد با سابقه تروما یا اختلالات روان‌پریشی ممکن است واکنش‌های منفی به این روش نشان دهند. بنابراین، اجرای این مداخله باید با در نظر گرفتن شرایط فردی، نظارت متخصص و ارزیابی‌های بالینی مناسب همراه باشد. ذهن‌آگاهی به صورت پرداختن، توجه عمدی و آگاهی کامل از هر آنچه در درون (جسم، قلب و ذهن) و بیرون از بدن و در محیط اطراف به وقوع می‌پیوندد،

سرطان معمولاً یک رویداد هیجانی استرس‌زا در زندگی بیماران است (۱). سرطان از عوامل خارجی مثل مصرف تنباکو، اندام‌های عفونی و رژیم غذایی ناسالم و عوامل درونی مثل جهش ژنتیکی ارثی، هورمون‌ها و شرایط ایمنی ایجاد می‌شود. این عوامل ممکن است در عمل با هم یا در توالی با هم سبب سرطان شوند. در حال حاضر بیش از ۲۵ میلیون نفر در دنیا با سرطان زندگی می‌کنند، سالانه بیش از ۱۱ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا می‌شوند و ۷ میلیون مرگ ناشی از سرطان اتفاق می‌افتد. پیش‌بینی می‌شود آمار فوق تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵ میلیون نفر برسد که این رشد، عمدتاً مربوط به کشورهای در حال توسعه خواهد بود. پس از بیماری‌های قلبی-عروقی و سوانح و حوادث، سرطان سومین عامل مرگ‌ومیر در ایران است. سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر از ایرانیان در اثر سرطان، جان خود را از دست می‌دهند. تخمین زده می‌شود سالیانه بیش از ۸۰۰۰۰ مورد جدید سرطان، در کشور اتفاق افتد. با افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور، انتظار می‌رود موارد بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر میزان فعلی افزایش یابد (۲).

طبق تحقیقات صورت گرفته پیرامون تأثیر روان‌درمانی در بهبود بیماران سرطانی، معلوم شد که روان‌درمانی سرطان، شکلی از گفتاردرمانی است که مزایای قابل توجهی برای بیماران سرطانی فراهم می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا چالش‌های عاطفی که به دنبال ابتلا به بیماری ایجاد می‌شوند را پشت سر بگذارند. تشخیص سرطان در افراد مبتلا می‌تواند باعث بروز طیف وسیعی از احساسات از جمله ترس، اضطراب، خشم و افسردگی شود. روان‌درمانی سرطان، فضای امنی برای بیماران فراهم می‌کند تا این افراد بتوانند تمامی این احساسات را کشف و ابراز کنند؛ در حقیقت این روش حمایت‌های مورد نیاز بیماران را در اختیارشان قرار می‌دهد. مداخله‌های روان‌شناختی همانند درمان شناختی رفتاری، اصلاح افکار ناکارآمد، تکنیک‌های آرام‌سازی و مهارت‌های حل مسئله هیپنوتیزم، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی و منحرف کردن حواس، از جمله مداخلات روان‌شناختی در این زمینه‌اند. در تجربه زندگی با سرطان، معنویت به‌عنوان بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم مطرح می‌شود. برای این که درمانگر بتواند بر سلامت جسمی و روانی مراجع تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، باید در روند

1. Kabat-Zinn

2. Thompson

تعریف می‌شود. درحالی‌که تحقیقات نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی شامل طیف گسترده‌ای از مزایا است و این بدان معنا نیست که عوارض جانبی بالقوه ندارد. تحقیقات نشان می‌دهد که سطوح بالاتر توجه و متمرکز بر خود می‌تواند منجر به بدتر شدن سلامت روان شود. این شامل کاهش توانایی مدیریت درد و افزایش اضطراب است (۸).

ذهن‌آگاهی باعث می‌شود هر فعالیتی که فرد در آن درگیر است به چشم‌انداز وسیعی در فهم وجود خودش منجر شود. در حالت ذهن‌آگاهی، تفکرات و احساسات به اندازه موضوعات هشیار حسی، و همچنین بدون واکنش نشان دادن به آن‌ها به شیوه‌های خودکار و عاداتی مشاهده می‌شوند. بنابراین، ذهن‌آگاهی افراد را قادر می‌سازد به موقعیت‌ها با آگاهی پاسخ دهند و تکنیکی عمل نکنند (۹). در ذهن‌آگاهی، فرد در هر لحظه از حالت ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی حالات مفیدتر را فرامی‌گیرد. برای ذهن دو حالت اصلی در نظر گرفته می‌شود: یکی انجام دادن و دیگری بودن. در ذهن‌آگاهی فرامی‌گیریم که ذهن را از یک حالت به حالت دیگر حرکت دهیم (۹). ذهن‌آگاهی باعث رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی هدفمند، و بودن در لحظه کنونی در فرد می‌شود که بودن در لحظه کنونی، موجب می‌شود که تمام جنبه‌های تجارب بلا واسطه (شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری) پردازش. به واسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود و به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و ذهن روزمره و خودکار که متمرکز بر گذشته و آینده است، رها می‌شود (۱۰).

ذهن‌آگاهی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است. در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر این روش ظهور کرده‌اند که از آن جمله می‌توان به دو روش کاهش استرس مبنی بر ذهن‌آگاهی کابات زین و همکاران (۱۱) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ویلیامز^۳ و همکاران اشاره نمود که روی تمرین‌های نشستن، مراقبه، قدم زدن و برخی تمرین‌های یوگا تأکید می‌کنند. فنون ذهن‌آگاهی در افزایش آرامش عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر

است. به نظر می‌رسد مکانیزم اصلی ذهن‌آگاهی خودکنترلی توجه باشد چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد (۱۲). با توجه به خلأ مشاهده‌شده در بررسی ادراک بیماری، تصویر از بدن و ترس از عود سرطان در مطالعات پیشین، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی بر ادراک بیماری، تصویر بدن و ترس از عود در بیماران مبتلا به سرطان پستان در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام گرفته است. از این رو سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از عود، تصویر بدن و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت نیمه‌تجربی روی تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌صورت پیش و پس‌آزمون، روی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی روان‌پزشکی کرج در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۱ انجام شد.

جامعه آماری

جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش، زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر کرج بودند که به مراکز درمانی کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر کرج مراجعه کرده بودند.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه‌های تحت بررسی بر اساس روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس در سه گروه ۱۵ نفری ذهن‌آگاه، درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل، بر اساس تشخیص و ارجاع متخصصان با توجه به معیارهای ورود خروج به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. برای تقسیم‌بندی، آزمودنی‌های مربوط به هر گروه به‌صورت تصادفی در سه گروه هم‌تاسازی شدند و تمامی نمونه‌ها از نظر ابتلا به بیماری یکسان بودند.

طراحی این مطالعه به‌صورت قبل و بعداً انجام شد و در آن فقط یک گروه وجود داشت که مداخله را دریافت نموده بود. خصوصیات افراد قبل از مداخله اندازه گرفته شد و پس از انجام مداخله، دوباره این

4. Design after-Before

3. Williams

خصوصیات مورد سنجش قرار گرفت و تفاوت حاصل در این دو اندازه‌گیری ارزیابی شد تا میزان کارایی مداخله مشخص شود. بر این اساس به خاطر رویکرد مشخص مطالعه نیازی به طراحی نمودار کانسورت^۵ برای یک گروه مورد بررسی وجود نداشت.

معیارهای ورود و خروج مطالعه

• معیارهای ورود به مطالعه: نداشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی بنا به تشخیص روان‌پزشک، میانگین سن بین ۳۰-۴۰ ساله (جوان) و تحصیلات حداقل دیپلم، عدم دریافت دارودرمانی و یا درمان روان‌شناختی دیگر در زمان تشخیص، عدم اختلال روان‌پزشکی حاد و رضایت و اعلام آمادگی آگاهانه و داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش.

• معیارهای خروج از مطالعه: اعتیاد و وابستگی به مواد یا الکل، و قرار داشتن در معرض مسمومیت دارویی یا ترک دارو.

روش جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه ادراک بیماری برادبت^۶

پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. سؤال‌ها به ترتیب، پی‌آمدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری و یک نمره کل را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ باز پاسخ است و سه علت عمده ابتلا به بیماری را مورد سؤال قرار می‌دهد و به علت بیماری از دیدگاه بیمار می‌پردازد، بنابراین از فرایند تحلیل این مطالعه کنارگذاشته شد. برادینت^۷ و همکاران، اعتبار هم‌زمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدید نظر شده را در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ گزارش کردند. همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ را اثبات نمودند (۱۳). در پژوهش کلانتری و همکاران، آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۴).

پرسشنامه روابط چندبعدی خود بدن (MBSRQ)^۸ این پرسشنامه به‌منظور ارزیابی تصویر بدنی فرد، مورد استفاده قرار می‌گیرد و یک مقیاس خودسنجی ۴۶ سؤالی و ۵ گزینه‌ای است که توسط کش^۹ در سال‌های ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷ ساخته شده است. در این پژوهش از فرم تجدیدنظر شده کش (۱۹۹۷) استفاده می‌گردد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: (۱) ارزیابی وضع ظاهری، (۲) گرایش به ظاهر، (۳) ارزیابی تناسب، (۴) گرایش به تناسب، (۵) دل‌مشغولی با اضافه‌وزن، (۶) رضایت از نواحی بدنی. شیوه نمره‌گذاری به‌صورت ۵ گزینه‌ای لیکرت^{۱۰} (از عدد ۱ برای گزینه کاملاً مخالفم تا ۵ برای گزینه کاملاً موافقم) انجام می‌شود. نمرات این مقیاس در دامنه ۲۳۰-۴۶ قرار می‌گیرد. بررسی اعتبار و روایی آزمون در نمونه‌های ایرانی نشان داده است که اعتبار همگرایی آن با آزمون عزت‌نفس همبستگی‌های ۰/۵۲، ۰/۵۸ و ۰/۵۵ را به ترتیب در دختران، پسران و کل نمونه نشان داده است (۱۵).

پرسشنامه ترس از عود سرطان

پرسشنامه ترس از عود سرطان یک ابزار خود گزارشی است که ترس از عود سرطان را در ماه گذشته بررسی می‌کند، این پرسشنامه توسط سپمارد و ساوارد^{۱۱} طراحی شده و شامل ۴۲ سؤال است که به‌صورت طیف لیکرت از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و گزینه «من باور دارم که درمان شده‌ام و بیماری‌ام بر نخواهد گشت» به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود و اطلاعات بالینی معناداری در مورد ماهیت ترس از عود سرطان و محصول نمرات را برای ۷ خرده مقیاس زیر به دست می‌دهد: راه‌اندازها، شدت، آشفتگی، اختلال عملکرد، بینش، اطمینان و مقابله. نمرات هر یک از خرده مقیاس‌ها برای رسیدن به یک نمره کلی با هم جمع می‌شوند، نمرات بالاتر نشان‌دهنده ترس بیشتر از عود سرطان است. نسخه اصلی فرانسوی پرسشنامه همسانی درونی (۰/۷۵) و روایی بازآزمایی (۰/۵۸) را گزارش کرده است (۱۶).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای آنالیز آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمره‌های افراد گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر مورد مطالعه استفاده شد،

8. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

9. Cash

10. Likert

11. Simard, Savard

5. CONSORT flow diagram

6. Illness Perception Questionnaire (IPQ) – Broadbent Version

7. Broadbent

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار ترس از عود، تصویر بدن و ادراک بیماری در گروه‌های تحت بررسی

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
ترس از عود	گروه (۱)	۵۳/۱۴۱	۸۶/۹	۶۶/۱۰۳	۱۹/۸	۶۱/۰۶
	گروه (۲)	۱۳/۱۴۳	۴۶/۷	۸/۹۹	۸/۶	۸۶/۱۰۱
	گروه (۳)	۸۶/۱۴۴	۹۷/۸	۶/۱۴۵	۷۱/۹	۷۳/۱۴۳
تصویر بدن	گروه (۱)	۵۳/۱۵۶	۱۳/۱۱	۵۳/۱۰۰	۸۵/۶	۸۱/۰۲
	گروه (۲)	۴/۱۶۳	۳۳/۱۱	۷۳/۱۰۳	۷۲/۸	۹۳/۱۰۵
	گروه (۳)	۷۳/۱۵۸	۴۱/۱۲	۴۶/۱۵۷	۶۴/۱۱	۶/۱۵۸
ادراک بیماری	گروه (۱)	۴۶/۷۰	۵۸/۳	۷۲/۵۰	۵/۳	۲۶/۵۲
	گروه (۲)	۹۳/۷۰	۶۶/۴	۱۳/۵۰	۸۲/۴	۸۶/۵۱
	گروه (۳)	۴۶/۷۱	۶۲/۳	۵۳/۷۰	۹۳/۵	۷۱

گروه ۳ (احتمالاً گروه کنترل) تغییر معناداری نداشته است. همچنین، نمرات تصویر بدن در گروه‌های مداخله پس از مداخله کاهش یافته، اما در مرحله پیگیری اندکی افزایش نشان داده که ممکن است بیانگر پایداری نسبی اثر مداخله باشد. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله توانسته است در بهبود این متغیرها تأثیرگذار باشد، اما پایداری اثرات در طول زمان متغیر است. تحلیل نتایج نشان داد که میانگین هر سه متغیر ترس از عود، تصویر بدن و ادراک بیماری در همه گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون در گروه کنترل بیشتر محاسبه شد و این تغییرات در مرحله متغیرهای ترس از عود بیماری و ادراک بدن از افزایش بیشتری برخوردار بود (جدول ۱). تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ترس از عود برابر ۳۹/۳۱ بود که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ترس از عود تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان شناختی رفتاری وجود دارد (جدول ۲).

تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در تصویر بدن برابر ۵۶/۰۶ است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در تصویر بدن تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان شناختی رفتاری وجود دارد.

تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه در تصویر بدن برابر ۵۵/۸۴

و برای ارزیابی روش‌های آمار استنباطی از روش‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره^{۱۲} و برای مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS 22 استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

- در این مقاله، اصالت متون، صداقت و امانت‌داری رعایت شده است.
- این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با عنوان «مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از عود، تصویر بدن و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان» است و از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کد اخلاق به شماره IR.IAU.K.REC.1402.106 دریافت نموده است.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات ترس از عود، تصویر بدن و ادراک بیماری را در سه گروه مورد بررسی در سه مرحله زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که در گروه‌های ۱ و ۲ (احتمالاً گروه‌های مداخله)، نمرات ترس از عود و ادراک بیماری پس از مداخله کاهش یافته و این کاهش تا حدی در مرحله پیگیری حفظ شده است، درحالی‌که

12. Multivariate and Univariate Analysis of Covariance

جدول ۲. آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته ترس از عود گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
ترس از عود	گروه ۱ - گروه گواه	۱۴۴/۳۹ و ۱۰۵/۰۸	۳۱/۳۹	۸۱/۱	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه گواه	۱۴۴/۳۹ و ۹۹/۵۸	۸۱/۴۴	۸۵/۱	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۹۹/۵۸ و ۱۰۵/۰۸	۵/۵	۸۸/۱	۰/۰۱

جدول ۳. آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته تصویر بدن گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
تصویر بدن	گروه ۱ - گروه گواه	۱۵۷/۸۶ و ۱۰۱/۸۳	۳/۵۶	۹۷/۲	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه گواه	۱۵۷/۸۶ و ۱۰۲/۰۲	۸۴/۵۵	۹۶/۲	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۱۰۲/۰۲ و ۱۰۱/۸۳	۱۹/۰	۱/۳	۱

جدول ۴. مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته ادراک بیماری گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
ادراک بیماری	گروه ۱ - گروه گواه	۷۰/۰۸ و ۵۱/۵۹	۴۸/۱۸	۳۳/۱	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه گواه	۷۰/۰۸ و ۴۹/۷۱	۳۶/۲۰	۳۲/۱	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۴۹/۷۱ و ۵۱/۵۹	۸۸/۱	۳۵/۱	۰/۵۱

ذهن‌آگاهی و گروه گواه در ادراک بیماری برابر ۲۰/۳۶ است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه در ادراک بیماری تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ادراک بیماری برابر ۱/۸۸ است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ادراک بیماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۴).

بحث

این مطالعه با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از عود بیماری، تصویر بدن و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان شهر کرج انجام گرفت. نتیجه

است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه در تصویر بدن تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تصویر بدن برابر ۰/۱۹ است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تصویر بدن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۳).

تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ادراک بیماری برابر ۱۸/۴۸ است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ادراک بیماری تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان شناختی رفتاری وجود دارد. تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر

مقایسه بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ترس از عود نشان داد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ترس از عود تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان شناختی رفتاری وجود دارد. درمان شناختی رفتاری به‌طور عمده روی عوامل شناختی، روانی و هیجانی و مؤلفه‌های رفتاری تأکید می‌کند، استدلال نظریه‌پردازان شناختی رفتاری بر این است که شناخت بین رویداد و پاسخ‌های نوعی شخص در آن شرایط وساطت دارد. به خاطر شناخت‌های قابل فهم و وساطت کردن این پاسخ‌ها به شرایط متفاوت، فرد می‌تواند عاقلانه روش پاسخگویی خود را به وقایعی که وی را احاطه می‌کنند، تغییر و تعدیل کند. فرد می‌تواند با فهم واکنش‌های رفتاری و هیجانی خود وظیفه‌مندتر و انطباقی‌تر عمل کند و از راهبردهای شناختی به‌طور سیستماتیک استفاده کند. پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات روانی گوناگون، مؤثر واقع شده است (۱۶).

این درمان به بیماران سرطانی کمک می‌کند که شرایط مزمن را بپذیرند و درزمینه بهبود سلامت جسمی خود نیز کار کنند. زنان مبتلا به سرطان پستان به احساسات، افکار و نحوه رفتارشان به دید منفی نگاه می‌کنند و افکار منفی می‌تواند آنان را در یک چرخه ناسالم نگه دارد. مداخله شناختی رفتاری، با آموزش اینکه فرد چگونه الگوهای تفکر منفی و رفتارهایش را تغییر دهد و به رفتارهایی تبدیل کند که می‌تواند باعث بهبود احساسات ذهنی شود، این چرخه را می‌شکند. درمان شناختی رفتاری به جای صحبت کردن در مورد گذشته، روی مشکلات فعلی زندگی بیماران سرطانی کار می‌کند و به بیماران کمک می‌کند با پذیرش بیماری بر ترس خود از عود و پیشرفت بیماری و در نتیجه واکنش‌های منفی ناشی از، ترس از عود و پیشرفت بیماری جلوگیری کنند (۱۷). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری^{۱۳} (CBT) می‌تواند در کاهش ترس از عود در بیماران سرطانی مؤثر باشد. این درمان با تغییر الگوهای فکری منفی و ایجاد رفتارهای جایگزین سالم، به بیماران کمک می‌کند تا نگرش مثبت‌تری نسبت به بیماری خود داشته باشند و از چرخه نگرانی و اضطراب‌رهایی یابند. یافته‌ها نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از دریافت CBT کاهش معناداری در میزان ترس از عود تجربه کرده‌اند و این کاهش در برخی موارد در طول زمان نیز پایدار

بوده است. همچنین، مطالعاتی که CBT را با سایر روش‌های مداخله‌ای مقایسه کرده‌اند، اثربخشی قابل توجهی برای این رویکرد گزارش داده‌اند. (۱۸، ۱۹). اختلاف میانگین گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه در ترس از عود نشان می‌دهد که بین گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه در ترس از عود تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود دارد که همسو با نتیجه شاپیرو^{۱۴} و همکاران (۲۰) است. روش درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند که یاد بگیرند چگونه از حس‌های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و چگونه پاسخ سازگاران‌های به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند؛ بنابراین ذهن‌آگاهی، این توانایی را به بیماران مبتلا به سرطان می‌دهد که آسیب‌پذیری‌های فراگیر را مشاهده نمایند و با آن روبرو شوند و آن‌ها را که بخشی از وجود ذاتی و درونی خودشان است، به چالش بکشانند. درمان ذهن‌آگاهی موجب می‌شود فرد پذیرای اطلاعات جدید، تغییر فرضیه‌های مهم، دیدن مسیر نادرست و اصلاح آن باشد. در چهارچوب این رویکرد، در طول جلسات درمانی با مراجع، امکان بازگویی افکار و رفتار فراهم و به او کمک می‌شود تا از جنبه‌هایی از احساسات و رفتار که قبلاً متوجه آن نبوده، آگاه شود. این امر سبب می‌شود که با آگاهی از وضع موجود و امکانات ممکن، انتظار و امید به درمان در مراجع افزایش یافته و با یادگیری شیوه‌های نظم‌بخشی عملکرد (رفتار، افکار و هیجان) در مسیر بهبودی قرار گیرد. تمرین‌های ذهن‌آگاهی به معرفی گزینه برای اجتناب از مشکل و جنبه‌های چالش‌برانگیز تجربه درمانی می‌پردازند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت در صورتی که چنین مداخله‌هایی برای مبتلایان به بیماری‌های مزمن مانند سرطان سینه در کنار درمان‌های پزشکی به کار گرفته شود، می‌توان با مقابله با ترس از عود بیماری در بلندمدت از شدت بیماری سرطان کاست (۱۹).

بررسی تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در بعد تصویر بدن، نشان‌دهنده اختلاف برابر ۵۶/۰۶ است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در تصویر بدن تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان شناختی رفتاری وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاصل از محققان دیگر همچون فیروزی و همکاران (۲۱)، شریاف اولیایی

14. Shapiro

13. Cognitive behavioural therapy (CBT)

و همکاران (۲۲)، صدري دريچ و همکاران (۲۳)، گريفيثس^{۱۵} و همکاران (۲۴)، پيرياسمي^{۱۶} و همکاران (۲۵) هماهنگ است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری به بیماران مبتلا به سرطان یاد می‌دهد که از تفکرات اغراق‌آمیز و فاجعه‌بار در مورد سرطان پرهیز کنند و آن را با تفکرانی مثبت جایگزین کنند. مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف‌شده باعث می‌شود که آن‌ها روحیه شاد و مقاوم را در خود پرورش دهند و برای بهبود خود و به چالش کشیدن بیماری مصمم‌تر شوند. آموزش درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدنی زنان دارای بیماری سرطان پستان تأثیر دارد.

بررسی اختلاف میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ادراک بیماری نشان می‌دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ادراک بیماری تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان شناختی رفتاری وجود دارد که این نتایج همسو با نتایج برقی، مارکو^{۱۷} و همکاران (۲۶)، برقی ایرانی و همکاران (۲۷) است. ادراک بیماری می‌تواند سلامت جسمی و روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. به‌طوری‌که داشتن تصویری غلط درباره بیماری می‌تواند به پیروی ضعیف‌تر منجر شود.

زنان مبتلا به سرطان پستان، بیماری‌شان را با توجه به متغیرهای متنوعی همچون ذهنیت در مورد زندگی و شرایط خانوادگی، تجارب، موقعیت اجتماعی اقتصادی و سن در نظر می‌گیرند؛ بنابراین به دلیل تأثیر مستقیمی که این عوامل بر چگونگی احساس و درک بیماری سرطان دارد، به اشکال مختلفی درک می‌شود. ادراک منفی زنان مبتلا به سرطان می‌تواند اثرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی و سلامت روحی و روانی آنان در طول درمان‌های خاص داشته باشد و همچنین سبب کاهش عمر این بیماران گردد. بر طبق درمان شناختی رفتاری ادراکات و تفکرات مثبت و منطقی جایگزین ادراکات و تفکرات منفی و غیر منطقی و تحریفات فکری می‌شود و سعی می‌گردد که با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار و ادراکات ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک فرد اصلاح شود. این افکار می‌توانند با تقویت مثبت‌اندیشی و رفتارها و ادراکات مطلوب، دامنه روابط اجتماعی و سازگاری اجتماعی را افزایش دهند و واکنش‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان را کم نماید (۲۸).

مقایسه اختلاف میانگین بین گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه در تصویر بدن نشان می‌دهد که بین گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه در تصویر بدن تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود دارد که همسو با نتایج حاصل از محققان دیگر همچون: یوسفی و همکاران (۱۹)، ایزدی‌اجیرلو و همکاران (۲۹)، لولایی و کاشانی زاده (۳۰) و اورکی و سامی^{۱۸} (۳۱) است.

درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ارتقای آگاهی زنان مبتلا به سرطان پستان از وضعیت ذهنی و عاطفی خود، کمک می‌کند تا با تغییر نگرش‌های منفی نسبت به بدن، به بهبود تصویر بدنی، هویت جنسی و عملکرد جنسی خود بپردازند. این درمان با تمرکز بر پذیرش و حضور در لحظه، به فرد کمک می‌کند تا از افکار منفی رها شده و با احساسات و تجربیات خود به‌طور مثبت روبه‌رو شود. (۳۲).

از نتایج دیگر این پژوهش این بود که بین درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش ادراک بیماری تفاوتی وجود ندارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، سرطان بیماری ناگوار است و باعث می‌شود بیماران دچار افکار و آشفتگی‌های مرتبط با مرگ شوند که تا حدی طبیعی و درست است و این باعث می‌شود تا ادراک بیماری که تطابق فرد با بیماری است را تحت شعاع قرار دهد و سبب گردد فرد نسبت به بیماری دچار تصورات اشتباه شود. ذهن‌آگاهی با افزایش قضاوت صحیح در پیشگیری از ادراک غلط بیماری بسیار مؤثر است. ذهن‌آگاهی موجب رهایی از پردازش‌های شناختی خودآیند منفی می‌گردد، زیرا این نوع پردازش ادراک غلط افراد از بیماری را کاهش داده و آن‌ها را در برابر بیماری مقاوم‌تر می‌سازد.

ذهن بیماران مبتلا به سرطان به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیری که انجام می‌دهد دائماً در حال نشخوار و گفتگوی درونی است. در ذهن‌آگاهی فرد از این پیام‌های خودکار آگاه می‌شود و از درگیر شدن با آن‌ها پرهیز می‌نماید، در نتیجه از نشخوارهای بی‌ثمر در ارتباط با ادراک بیماری رها می‌شود. در واقع آگاهی از افکار، احساسات و پذیرش آن‌ها که نتیجه ذهن‌آگاهی است از چسبیدن به افکار و احساسات و واکنش به آن‌ها جلوگیری می‌کند، در نتیجه ذهن‌آگاهی به بیماران مبتلا به سرطان پستان در پذیرش و مشاهده بدون قضاوت کمک می‌کند. درمان شناختی رفتاری به بیمار کمک می‌کند رفتارهای

15. Griffiths

16. Periasamy

17. Marco

18. Oraki, Sami

ناکارآمد و الگوهای تحریف‌شده خویش را شناسایی نماید و آن‌ها را تغییر دهند، باورهای افراد در مورد بیماری‌شان، اغلب بر چگونگی مقابله و سازگاری آن‌ها با بیماری تأثیر می‌گذارد. درمان شناختی رفتاری به نحو فزاینده‌ای در بیماری‌های تنی برای کمک به کنترل بهتر واکنش‌های افراد مقابله با بیماری‌شان بکار می‌رود و می‌تواند ادراک بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، درمان شناختی-رفتاری با تغییر در فرایندهای فکری به واسطه بازسازی شناختی به ارتقای ادراک بیماری منجر می‌گردد. آگاهی از تغییرات شناختی و رفتاری در حین جلسات و کسب توانایی در جهت کنترل افکار و رفتارها توسط خود فرد از دلایل مهم افزایش ادراک بیماری است.

شرکت در جلسات گروهی آموزشی شناختی رفتاری سبب می‌شود که افراد تا حدود زیادی نتایج مثبت روابط اجتماعی را تجربه کنند و با استفاده از نظرات و راه‌حل‌های دیگران، دیدگاه‌های وسیع‌تری نسبت به مسائل مطرح شده در گروه از جمله بیماری و ادراک آن پیدا کنند. نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو روش درمانی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر ادراک بیماری تأثیر دارد و هر دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ادراک بیماری اثربخش بوده و میان آن‌ها تفاوتی وجود ندارد.

پیشنهادهای پژوهش

- پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر اختلالات رفتاری دیگر مانند درد و امید به زندگی افراد مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گیرد.
- پژوهش‌هایی مشابه در سایر مناطق کشور انجام گردد و به‌منظور تعیین نقش فرهنگ و سبک زندگی نتایج با هم مقایسه گردند.
- در تحقیقات آینده علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه و مشاهده نیز استفاده گردد که آیا توجه به تصویر بدنی این بیماران می‌تواند در روند بهبودی

بیماری آن‌ها مؤثر واقع شود؟

- در تحقیقات آینده حجم نمونه از بین دختران مجرد و زنان شاغل و غیر شاغل به‌طور مجزا انتخاب شوند.
- بیماری‌های زمینه‌ساز که احتمال ابتلا به سرطان پستان را بیشتر می‌کنند مورد بررسی قرار گیرند.
- در بحث مشاوره چشم‌انداز زمان این بیماران مورد توجه قرار گیرد.
- مسئولان امور که در حوزه سرطان دستی دارند به موضوع کیفیت زندگی بیماران سرطانی توجه کنند.

محدودیت‌های پژوهش

درزمینه متقاعد نمودن آزمودنی‌ها جهت ادامه شرکت در جلسات برنامه شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی در جلسات تعیین‌شده مشکلاتی وجود داشت و گاهی همکاری لازم توسط پرسنل بهداشتی درمانی بیمارستان‌ها، جهت توزیع پرسشنامه‌ها در بین بیماران انجام نمی‌شد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و ترس از عود بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معنی‌داری دارد و درک نارضایتی از تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی شرکت‌کنندگان می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی افراد تأثیر قابل توجهی بگذارد. به‌منظور افزایش کیفیت زندگی و کاهش آسیب‌های روانی، روانشناسان بالینی و روان‌درمانگران باید کمک نمایند که این بیماران با نقص جسمی خود کنار آمده و به‌عبارت‌دیگر تصویر نامطلوبی که از بدن خود ساختند را بهبود ببخشند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

1. Die Trill M. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC Suppl.* 2013;11(2):216-24.
2. Zendehele K, Hassanloo J, Sedighi Z, Nahvijoo A, Malekzadeh R, Mohagheghi M. Improving quality of cancer registration in Iran. Part2: Suggesting new national cancer registration program in Iran, based on comparative study of 18 countries. *Hakim Journal.* 2010;12(4):50-7.
3. Miller G. Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy: Theory and technique: John Wiley & Sons; 2003.
4. Greeson JM. Mindfulness Research Update: 2008. *Complement Health Pract Rev.* 2009;14(1):10-8.
5. Harris R. Mindfulness without meditation. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal.* 2009;9(4):21-4.
6. Thompson C. Everyday mindfulness: A guide to using mindfulness to improve your well-being and reduce stress and anxiety in your life. New York: Taylor & Francis; 2010.
7. Sonmez N, Romm KL, Ostefjells T, Grande M, Jensen LH, Hummelen B, et al. Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Compr Psychiatry.* 2020;97:152157.
8. Harrington N, Pickles C. Mindfulness and cognitive behavioral therapy: are they compatible concepts? *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 2009;23(4):315-23. doi: 10.1891/0889-8391.23.4.315.
9. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003;10(2):144-56. doi: 10.1093/clipsy.bpg016.
10. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(1):31-40.
11. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 1992;149(7):936-43.
12. Smith SK, Zimmerman S, Williams CS, Benecha H, Abernethy AP, Mayer DK, et al. Post-traumatic stress symptoms in long-term non-Hodgkin's lymphoma survivors: does time heal? *J Clin Oncol.* 2011;29(34):4526-33.
13. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* 2006;60(6):631-7.
14. Kalantari H, Bagherian Sararoodi R, Afshar H, Khoramian N, Forouzandeh N, Daghigh Zadeh H, et al. Relationship between illness perceptions and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences.* 2012;22(90):33-41.
15. TF C. The psychology of physical appearance: aesthetics, attributes, and image. *Body images: development, deviance, and change.* 1990:51-79.
16. Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer.* 2009;17(3):241-51.
17. Kenne Sarenmalm E, Martensson LB, Andersson BA, Karlsson P, Bergh I. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Med.* 2017;6(5):1108-22.
18. Mato S, Saffarinia M, Alipour A. Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavioral therapy on fear of recurrence and white blood cells in women with breast cancer. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ).* 2023;12(3):153-64.
19. Yusefi R, Hafezi F, Bakhtiaripour S, Makvandi B. The Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Hypnosis Therapy and Mindfulness Therapy Based on the Fear of Recurrence in Women with Breast Cancer in Gorgan. *Armaghane Danesh.* 2021;26(5):757-69. doi: 10.52547/armaghanj.26.5.757.
20. Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, Lopez AM, Schwartz GE. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *J Psychosom Res.* 2003;54(1):85-91.
21. Firouzi R, Tizdast T, Khalatbari J, Ghorban

- Shiroudi S. Relationship between stress coping strategies and difficulties in emotion regulation mediated by marital life quality in married women with breast cancer. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020;23(1):34-47.doi: 10.32598/JAMS.23.1.6005.1.
22. Sharbaf Olyaie Z, Toozandehjani H, Dehghani Neyshabouri M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and body image in women with breast cancer undergoing mastectomy. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2016;14(3):139-50.doi: 10.18869/nrip.irj.14.3.139.
23. Sadri Damirch E, Esmaeili Ghazivaoloii F, Fathi D, Mehraban S, Ahmadboukani S. Effectiveness of group psychotherapy based on admission and commitment to body dysmorphic obsessive-compulsive disorder in women with breast cancer. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2019;17(4):351-8.doi: 10.32598/irj.17.4.351.
24. Griffiths C, Williamson H, Zucchelli F, Paraskeva N, Moss T. A Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Body Image Dissatisfaction and Weight Self-Stigma in Adults. *J Contemp Psychother*. 2018;48(4):189-204.
25. Periasamy U, Mohd Sidik S, Rampal L, Fadhilah SI, Akhtari-Zavare M, Mahmud R. Effect of chemotherapy counseling by pharmacists on quality of life and psychological outcomes of oncology patients in Malaysia: a randomized control trial. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):104.
26. Marco JH, Perpina C, Botella C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: one year follow-up. *Psychiatry Res*. 2013;209(3):619-25.
27. Dehkhodaei S, Alipour A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment in adherence to treatment, illness perception and quality of life in hemophilic patients. *Scientific Journal of Iran Blood Transfus Organ*. 2019;16(4):289-99.
28. Izydorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S, Sitnik-Warchulska K. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1181-96.
29. Izadi-Ajirlo A, Bahmani B, Ghanbari-Motlagh A. Effectiveness of cognitive behavioral group intervention on body image improving and increasing self-esteem in women with breast cancer after mastectomy. *Archives of Rehabilitation*. 2013;13(4):72-83.
30. Lalouei A, Kashani-Zadeh N. Rate of woman's awareness about self breast examination in Najmieh and Baqiyatollah Hospitals referrers. *Archives of Rehabilitation*. 2006;7(2):66-9.
31. Oraki M, Sami P. Investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the perception of disease and its severity in patients with multiple sclerosis. *Social Cognition*. 2016;5(2):107-19.
32. Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(1):66-74.